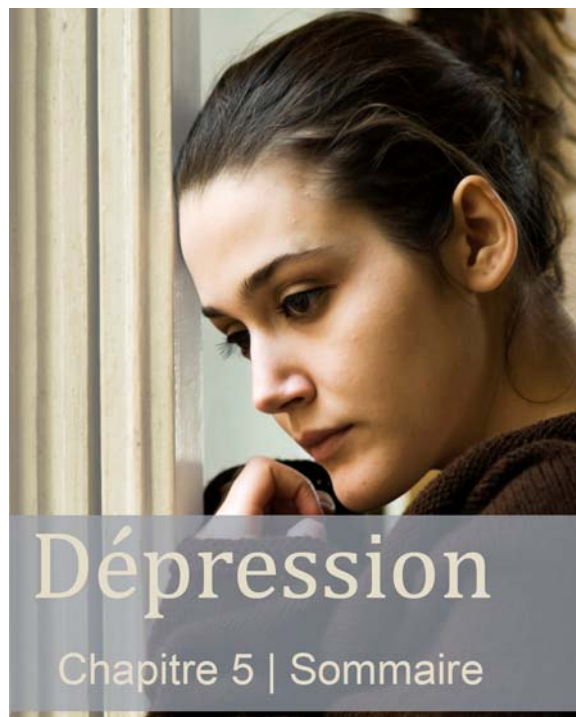




Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report
Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes
de l'Ontario sur la santé des femmes.



Dépression

Chapitre 5 | Sommaire

Auteurs:

Elizabeth Lin, PhD
Natalia Diaz-Granados, MSc
Donna E. Stewart, MD, FRCPC
Anne E. Rhodes, PhD
Naira Yeritsyan, MD, MPH
Ashley Johns, MSc
Minh Duong-Hua, MSc
Arlene S. Bierman, MD, MS, FRCPC

L'Étude POWER est financée par Écho: pour l'amélioration de la santé des Ontariennes, organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le contenu de ce reflète pas nécessairement les opinions d'Écho ou du ministère.

© 2009 St. Michael's Hospital and the Institute for Clinical Evaluative Sciences

Pour ce chapitre:

Lin E, Diaz-Granados N, Stewart DE, Rhodes AE, Yeritsyan N, Johns A, Duong-Hua M, Bierman AS, Cancer: In Bierman AS, editor. Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report: Volume 1: Toronto; 2009.

QUESTION TRAITÉE

La dépression est une maladie chronique courante qui impose un fardeau financier et affectif énorme aux personnes qui en souffrent, à leur famille et à la société. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la dépression est la cause première d'incapacité liée à une maladie chez les femmes. La dépression a de vastes conséquences économiques : elle entraîne une perte de productivité, une augmentation des prestations d'assurance invalidité et une utilisation accrue des services de santé. Dans ce chapitre, nous examinons les tendances des soins fournis pour traiter la dépression en Ontario et leurs différences selon le sexe, le revenu, l'âge et le lieu de résidence.

Il existe des traitements efficaces contre la dépression capables d'améliorer la qualité de vie des personnes qui en souffrent et les résultats pour leur santé. Nombreux sont les gens atteints de dépression qui ne reçoivent aucun traitement, et certains qui suivent un traitement reçoivent des soins sous-optimaux. Le sexe et la situation socio-économique sont liés au risque de développer la dépression ainsi qu'au type de soins reçus pour la dépression. On a démontré que les interventions agissant sur l'amélioration de la qualité amélioreraient effectivement la qualité et les résultats du traitement de la dépression.

Dans les pays développés, les femmes ont deux fois plus tendance que les hommes à souffrir de dépression et les études font ressortir que les deux sexes éprouvent la maladie différemment. La maladie fait son apparition à un âge plus bas chez les femmes et se manifeste avec plus de sévérité que chez les hommes. Les femmes disent également avoir une plus grande diminution de leur état fonctionnel, un ajustement social moindre et une qualité de vie inférieure. Dans un des rapports utilisant les données tirées du Supplément sur la santé mentale en Ontario (1990), une enquête fondée sur la population, les auteurs ont découvert que l'incapacité était plus prononcée chez les femmes âgées de 15 à 19 ans que chez les hommes du même tranche d'âge : les journées d'invalidité attribuables à des problèmes de santé mentale se chiffraient à 3,4 pour les femmes et à 1,1 pour les hommes. De plus, les femmes affirment avoir des symptômes dépressifs différents de ceux des hommes : notamment, elles ressentent plus d'anxiété et plus de problèmes de l'appétit et du sommeil. Bien qu'aucune différence entre les sexes n'ait été relevée pour ce qui est du risque de récurrence de dépression, les épisodes de récurrence sont plus longs chez les femmes. Par contre, les hommes ont tendance à souffrir davantage de dépendance à l'alcool et aux drogues et présentent des taux plus élevés de suicide accompli.

Certaines femmes sont plus à risque de souffrir de dépression. Il faut donc faire des efforts particuliers pour leur donner des soins et du soutien. Il est prouvé que certaines femmes immigrantes et de minorités ethniques présentent un risque plus élevé de dépression. Le traitement de la dépression doit donc tenir compte des réalités culturelles. Il est possible que le besoin de services culturellement sensibles pour traiter la dépression en Ontario soit grand, puisque quelque 27 pour cent des habitants de la province sont nés à l'étranger et que 40 pour cent d'entre eux sont des immigrants de première ou de deuxième génération. Les femmes et les hommes des régions rurales ont moins tendance à recevoir un traitement étant donné la disponibilité limitée des services. Enfin, les femmes vivant dans des foyers à faible revenu ou dans des quartiers à faible revenu sont statistiquement plus portées à souffrir de dépression que celles qui vivent dans des foyers ou des quartiers à revenu élevé. Il est essentiel d'adapter les services dispensés pour traiter la dépression aux personnes qui en ont le plus « besoin » si nous voulons réduire le fardeau de cette maladie traitable et obtenir les meilleurs résultats possibles.

Ce chapitre comporte trois sections :

- **Renseignements généraux.** Cette section donne un aperçu du besoin de services de santé mentale en Ontario et de l'utilisation qui en est faite.
- **Indicateurs des soins primaires et spécialisés dispensés en consultation externe.** Cette section porte sur les indicateurs du traitement de la dépression offert en consultation externe. Comme les données sont limitées, seuls les soins fournis par des médecins rémunérés à l'acte en Ontario ont pu être mesurés.
- **Indicateurs des soins actifs et spécialisés dispensés aux patients hospitalisés.** Cette section porte sur les indicateurs du traitement de la dépression dispensé à des patients hospitalisés et sur leur réinsertion dans la collectivité.

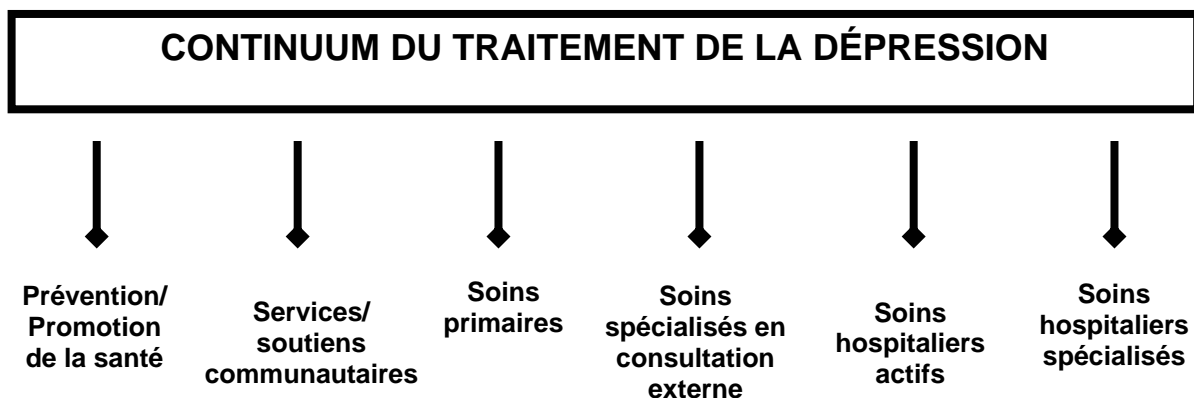
L'ÉTUDE

Dans ce chapitre, les auteurs utilisent un ensemble d'indicateurs factuels pour évaluer les différences selon le sexe, le revenu, l'âge et la région que l'on retrouve dans les soins dispensés aux Ontariennes et aux Ontariens souffrant de dépression. Ces indicateurs ont été choisis par un comité d'experts techniques à l'aide d'une méthode Delphi modifiée (voir le chapitre 2 portant sur le cadre de l'Étude POWER). Nous avons utilisé le continuum de soins illustré ci-dessous (**Diagramme 1**) pour relever les écarts importants entre les sexes dans le traitement de la dépression, et nous avons examiné les mesures pertinentes contenues dans la littérature publiée et la littérature grise. Ces indicateurs ont pour but d'aider les administrateurs, les décideurs et les fournisseurs de services à comprendre les disparités sociodémographiques et selon le sexe qui existent dans le traitement de la dépression, à créer des politiques et des programmes nouveaux pour combler les plus grands écarts selon le sexe et à réduire les obstacles qui empêchent les femmes et les hommes d'obtenir les soins dont ils ont besoin pour leur dépression. Idéalement, le traitement de la dépression devrait prévoir une variété de services intégrés et coordonnés, comme l'illustre le Schéma 1. **La prévention et la promotion de la santé** permettent de fournir de l'information et de lancer des initiatives visant à réduire le risque de dépression ou de récurrence. **Les services et soutiens communautaires** aident les gens relativement stables à mener leur vie quotidienne et à améliorer leur qualité de vie; ces services et soutiens tiennent compte de certains facteurs tels que le logement, la formation professionnelle, le soutien des pairs et les activités sociales, et contribuent à coordonner les services. Les fournisseurs de **soins primaires et de soins spécialisés dispensés en consultation externe** s'occupent du diagnostic et du traitement clinique de la dépression tandis que les fournisseurs de **soins actifs et spécialisés dispensés aux patients hospitalisés** donnent des soins plus intensifs dans un milieu structuré à des personnes dont l'état est instable ou hautement dysfonctionnel; ils s'occupent de stabiliser ces personnes au point où elles peuvent bénéficier de services communautaires et en consultation externe, et obtenir leur congé sans problème.

Pour rédiger ce rapport, nous avons consulté de nombreuses sources de données, y compris les suivantes : l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1.1; le Rapport sur le sommaire du recensement quotidien des lits de santé mentale (Daily Census Summary Report Mental Health Beds) (rapport en ligne), Direction des données sur la santé du MSSLD; la base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-BDCP); l'Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA); la base de données du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO); la base de données sur les médecins de l'IRSS; la base de données des IRSS sur les mères et les enfants (MOMBABY) et le Recensement du Canada de 2001 effectué par Statistique Canada. L'annexe 5.2 renferme la liste complète des indicateurs choisis et de leurs sources de données.

Ce chapitre rend compte de tous les indicateurs au niveau provincial ainsi qu'au niveau des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) lorsque la taille de l'échantillon le permet. Toutes les analyses sont stratifiées selon le sexe (dans la mesure du possible), puis selon l'âge, le revenu ou la résidence dans un milieu rural ou urbain. Les rajustements selon l'âge ont été effectués à l'aide de la méthode de la normalisation indirecte. L'Annexe 5.3 renferme une courte description des méthodes de recherche utilisées.

Diagramme 1 : Continuum du traitement de la dépression



CONSTATATIONS CLÉS

Dans ce chapitre, nous présentons des renseignements généraux portant sur le besoin, l'utilisation et la prestation de soins pour la dépression en Ontario, ainsi que les indicateurs des soins pour la dépression dispensés en consultation externe et aux patients hospitalisés. Le Tableau 1 donne un aperçu sommaire des différences que nous avons observées selon le sexe, l'âge, le revenu et la région.

Dans l'ensemble, **nous avons relevé de nombreux cas dans lesquels le traitement de la dépression est sous-optimal pour tout le monde.** Moins de la moitié des femmes et des hommes ayant une dépression probable ont consulté un médecin pour cette affection. De nombreux adultes âgés qui ont commencé un traitement antidépresseur n'ont pas eu le nombre recommandé de visites de suivi pour la gestion de leur traitement (c.-à-d. trois visites ou plus dans les 12 semaines suivant le début de la prise des médicaments). Une femme et un homme sur trois hospitalisés pour la dépression n'ont pas eu de rendez-vous de suivi dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital et près d'une de ces personnes sur cinq est retournée aux urgences dans ce délai, ce qui témoigne d'une coordination sous-optimale des soins au cours de la période de transition.

Nous avons relevé des différences selon le sexe, l'âge, le revenu et l'emplacement géographique dans la prévalence de la dépression – l'un des importants marqueurs du besoin de soins pour cette maladie. Nous avons également relevé des différences dans l'utilisation des services pour la dépression et pour les problèmes de santé mentale en général. Dans certains cas, la tendance de la prévalence est similaire à celle de l'utilisation des services. Par exemple, les femmes présentent des taux plus élevés de dépression et d'utilisation des services de santé mentale de base couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario (**Figure 2**). Dans d'autres cas, toutefois, ces deux courbes diffèrent. Les femmes à faible revenu sont davantage portées à déclarer avoir une dépression probable (**Figure 1**) mais présentent des taux d'utilisation des services de santé mentale de base couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario semblables à ceux des femmes à revenu élevé.

On note également des différences dans les secteurs de services utilisés. Les hommes et les femmes de régions à faible revenu ont près de deux fois plus tendance à être hospitalisés pour la dépression (**Figure 3**) mais la moyenne du coût des services de santé mentale de base couverts par l'Assurance-santé qui leur sont dispensés est comparable à celle des Ontariennes et des Ontariens vivant dans des endroits à revenu élevé. Les habitants des régions rurales présentent une tendance beaucoup plus forte à être hospitalisés pour la dépression, tandis que le coût des services de santé mentale engagés par l'OHIP pour les habitants des villes est proportionnellement plus élevé.

La comparaison du besoin, de l'utilisation et de la prestation de services offerts par les RLIS indique que les tendances de l'utilisation des services selon les régions géographiques reflètent la répartition géographique de la prestation des services plus que le besoin de services.

Nous rendons compte des résultats pour sept indicateurs du traitement de la dépression. Pour quatre de ces indicateurs, nous n'avons relevé aucune différence significative entre les sexes. Les femmes et les hommes ayant une dépression probable présentent des taux similaires de visites chez le médecin pour la dépression sur une période d'un an. Les femmes et les hommes âgés de 66 ans et plus qui ont commencé un nouveau traitement antidépresseur présentent la même probabilité d'avoir eu le nombre recommandé de rendez-vous de suivi chez le médecin. De plus, les femmes et les hommes qui ont été hospitalisés pour la dépression présentent des chances égales d'être réadmis à l'hôpital pour la dépression ou d'aller aux urgences dans le mois suivant leur congé de l'hôpital.

Nous avons toutefois relevé certaines différences selon le sexe. Les femmes hospitalisées pour la dépression ont plus tendance que les hommes à consulter un médecin pour la dépression après leur congé. Chez les personnes qui ont consulté un médecin dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital, on a observé qu'il a fallu aux femmes et aux hommes le même temps pour aller à un rendez-vous de suivi. Au-delà de cette période de 30 jours, il faut plus de temps aux hommes pour aller chez le médecin.

Quelques indicateurs font ressortir des différences selon l'âge dans le traitement de la dépression. Les Ontariennes et les Ontariens âgés de 45 à 64 ans ayant une dépression probable ont plus tendance à consulter un médecin pour la dépression (**Figure 4**), mais ce n'est pas le groupe présentant la prévalence la plus élevée. Chez les Ontariennes et les Ontariens plus âgés commençant un traitement antidépresseur, l'âge s'accompagne d'une baisse de la probabilité des visites chez le médecin pour la dépression (trois visites ou moins dans les 12 semaines suivant le début du traitement antidépresseur), mais aussi une plus forte probabilité de visites chez le médecin pour une raison quelconque.

Plusieurs indicateurs révèlent des disparités selon le revenu. Chez les femmes présentant une dépression probable, celles qui viennent de foyers à faible revenu ont plus tendance à consulter un médecin pour la dépression que celles des foyers à revenu élevé. Chez les femmes âgées de 66 ans et plus, celles qui vivent dans des quartiers à faible revenu et qui ont commencé un traitement aux antidépresseurs ont moins tendance à avoir le nombre recommandé de visites de suivi chez le médecin que les femmes des quartiers à revenu élevé. Les personnes vivant dans des quartiers à revenu élevé ont plus tendance à consulter un médecin pour la dépression après leur congé de l'hôpital (et de l'avoir fait plus rapidement) que les personnes des quartiers à faible revenu (**Figure 6**). De plus, les hommes vivant dans des quartiers à faible revenu ont plus tendance que ceux des quartiers à revenu élevé à se rendre aux urgences dans le mois suivant un séjour à l'hôpital pour la dépression (**Figure 7**).

Certaines différences entre les habitants des régions rurales et ceux des villes ont été relevées. Les habitants des régions urbaines ont plus tendance que ceux des régions rurales d'avoir eu un rendez-vous chez un médecin après un séjour à l'hôpital pour cause de dépression (**Figure 5C.3**). De plus, les hommes des régions rurales ont plus tendance à aller aux urgences après leur congé de l'hôpital que les hommes des régions urbaines.

On a noté des variations parmi les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour un certain nombre d'indicateurs, et ces variations représentent les plus grandes disparités dont ce chapitre rend compte. Les différences entre les taux les plus élevés et les plus bas pour les RLISS sont d'environ une fois et demie plus grandes (visites chez le médecin pour la dépression dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital) à deux fois plus grandes (pourcentage d'adultes âgés de 66 ans et plus qui commencent un nouveau traitement antidépresseur) et qui ont consulté un médecin pour la dépression trois fois ou plus dans les 12 semaines suivant le début du traitement; taux de visites aux urgences dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital) et jusqu'à quatre fois plus grandes (taux de réadmission pour la dépression dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital) (**Figure 8**).

MESSAGES CLÉS

Nos constatations font ressortir la nécessité de réévaluer le traitement de la dépression en Ontario sur plusieurs fronts et à plusieurs niveaux. Les indicateurs choisis pour ce chapitre proviennent de recommandations fondées sur des données probantes ou des lignes directrices sur le traitement approprié de la dépression, et suggèrent certains aspects précis et immédiats de la pratique clinique qu'il nous faut examiner de plus près et améliorer. La répartition et l'organisation des ressources existantes – un élément important pour assurer la continuité des soins prévue par de la réforme de la santé mentale en Ontario au cours des prochaines décennies qui représente également un aspect important dont les nouveaux RLISS doivent tenir compte – joueront un rôle important pour améliorer l'accessibilité des services et prévoir la prestation de traitements plus efficaces et plus appropriés à court et à moyen terme. Plus particulièrement, l'adoption à plus grande échelle de modèles collaboratifs de traitement de la dépression mérite une considération sérieuse.

Les mesures suivantes pourraient améliorer l'accessibilité et la qualité du traitement de la dépression en Ontario :

- Élaborer et appuyer des modèles de collaboratifs pour les soins primaires et dans tous les secteurs de traitement de la dépression.
- Explorer la possibilité d'élaborer des modèles de soins conçus spécifiquement pour les groupes sous-desservis (y compris les hommes, les jeunes, les personnes âgées, les personnes à faible revenu et les personnes vivant dans les régions rurales) et évaluer l'impact de ces modèles, surtout lorsqu'ils sont combinés avec une prise de contact ciblée.
- Élaborer des modèles permettant de mieux coordonner les soins dans les périodes de transition d'un secteur à l'autre, et surtout de transition de l'hôpital à la maison.
- Coordonner le traitement de la dépression avec d'autres types de soins de santé, tout particulièrement la gestion des maladies chroniques, afin que les patients atteints de plus d'un problème de santé ne reçoivent pas des soins fragmentés.
- Évaluer l'efficacité des soins au moyen d'analyses routinières des indicateurs du traitement de la dépression et de ses résultats selon le sexe et l'équité.
- Améliorer la quantité de données afin de mieux mesurer l'accessibilité, la qualité et les résultats du traitement de la dépression tout le long du continuum de soins.

CONSTATATIONS CLÉS PAR SECTION

Section A | Renseignements généraux

- **Besoin de services**
 - Les femmes présentent deux fois plus de risques de dépression probable que les hommes en Ontario. Ce résultat correspond aux preuves avancées dans la littérature au Canada et dans d'autres pays comme les États-Unis et le Royaume-Uni.
 - Il y a des différences selon la région et le revenu dans la prévalence de la dépression probable. Les habitants des quartiers à faible revenu présentent un risque plus élevé de dépression probable que les habitants des quartiers à revenu élevé (**Figure 1**).
 - Il n'y a pas de différence dans la prévalence de la dépression probable selon que les personnes habitent un milieu rural ou un milieu urbain.
 - Les femmes présentant une dépression probable ont plus souvent tendance que les hommes à signaler des troubles concomitants chroniques. Il y a cependant peu de différences selon le sexe dans l'auto-évaluation de la santé ou de l'état fonctionnel parmi les personnes présentant une dépression probable.

- **Utilisation des services**
 - Il y a des différences nettes entre les sexes dans l'utilisation des services de traitement de la dépression. Les femmes ont tendance à recourir d'une fois et demie à deux fois plus souvent que les hommes aux services de santé mentale de base couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario – une tendance en accord avec leur taux plus élevé de dépression (**Figure 2**).
 - Bien que les femmes des endroits à faible revenu présentent un risque plus élevé de dépression probable que celles des endroits à revenu élevé (**Figure 1**), elles présentent des taux similaires d'utilisation des services de santé mentale de base couverts par l'Assurance-santé. Cependant, le coût de ces services est plus élevé pour les femmes des quartiers à revenu élevé que pour les femmes des quartiers à faible revenu.
 - Les hommes et les femmes des quartiers à faible revenu ont près de deux fois plus tendance à être hospitalisés pour cause de dépression (**Figure 3**), mais le coût moyen des services de santé mentale utilisés est légèrement moins élevé pour ces personnes que pour les personnes des quartiers à revenu élevé.
 - Les habitants des régions rurales et urbaines utilisent les services différemment. Les habitants des régions rurales tendent à être hospitalisés beaucoup plus souvent pour cause de dépression tandis que les habitants des villes représentent une proportion plus élevée des coûts assumés par l'Assurance-santé pour les services de santé mentale.

- **Prestation des services**
 - Les ressources, telles les médecins disponibles et les lits d'hôpitaux psychiatriques, varient de façon notoire entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Les différences entre les taux les plus élevés et les plus faibles par 100 000 habitants entre les RLISS vont du simple au double pour le nombre de généralistes, du simple au triple pour le nombre de lits d'hôpitaux et jusqu'à 12 fois plus pour le nombre de psychiatres.

- **Tendances du besoin, de l'utilisation et de la prestation des services**
 - Les tendances de l'utilisation des services semblent correspondre davantage à la prestation qu'au besoin de services.

Section B | Soins primaires et spécialisés dispensés en consultation externe

- **Soins dispensés aux Ontariennes et Ontariens présentant une dépression probable**
 - Soixante pour cent des Ontariennes et Ontariens présentant une dépression probable n'ont pas eu de rendez-vous chez un médecin pour cause de dépression au cours de l'année suivant leur entrevue.
 - Parmi les personnes présentant une dépression probable, les femmes et les hommes ont des taux similaires de visites chez le médecin pour cause de dépression – 41 pour cent des femmes et 37 pour cent des hommes ont consulté un médecin au moins une fois pour la dépression au cours de l'année suivant l'entrevue de sondage.
 - Les femmes vivant dans des foyers à faible revenu et ayant une dépression probable ont davantage tendance à consulter un médecin pour cause de dépression que celles qui vivent dans des foyers à revenu élevé.

- Les personnes de 45 à 64 ans ayant une dépression probable ont davantage tendance à consulter un médecin pour cause de dépression bien qu'elles ne constituent pas le groupe d'âge où la maladie est la plus prévalente (**Figure 4**).
- **Soins dispensés aux personnes âgées commençant un nouveau traitement antidépresseur**
 - Les personnes âgées qui ont commencé un traitement antidépresseur présentent un faible taux de visites de suivi – 9,5 pour cent pour les femmes et 9,9 pour cent pour les hommes – bien que quelque 85 pour cent aient eu au moins trois visites chez le médecin pour cause de dépression ou une autre cause dans la période importante des 12 premières semaines suivant le début du traitement antidépresseur.
 - Parmi ces personnes âgées, l'âge est associé à une probabilité décroissante d'avoir trois rendez-vous chez le médecin pour cause de dépression après le début d'un traitement antidépresseur, mais à une probabilité croissante de visites chez le médecin pour une raison quelconque.
 - Les femmes âgées des quartiers à faible revenu ont moins tendance à consulter un médecin pour cause de dépression le nombre recommandé de fois après le début d'un nouveau traitement antidépresseur que les femmes des quartiers à revenu élevé.
- **Soins dispensés aux femmes présentant une dépression post-partum**
 - Vingt pour cent des femmes de l'Ontario qui ont eu un enfant ont consulté un médecin pour cause de dépression au cours de l'année suivant l'accouchement.

Section C | Soins actifs et spécialisés dispensés aux patients hospitalisés

- **Visites chez le médecin après un séjour à l'hôpital pour cause de dépression**
 - Une personne sur trois n'a pas consulté un médecin pour cause de dépression dans les 30 jours suivant la fin d'un séjour à l'hôpital pour dépression (**Figure 5**).
 - Les femmes ont une tendance légèrement plus élevée que les hommes à voir un médecin pour cause de dépression dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital (65 pour cent des femmes contre 60 pour cent des hommes). Cette tendance se vérifie dans tous les quartiers, indépendamment du revenu (**Figure 6**), dans les milieux ruraux et urbains, et dans presque tous les RLIS (Figure 5C.4).
 - Un an après leur sortie de l'hôpital, 10 pour cent des femmes et 14 pour cent des hommes n'ont pas consulté un médecin pour cause de dépression.
 - Il n'y a pas de différence selon le sexe dans le temps que prennent les femmes et les hommes pour avoir un rendez-vous de suivi au cours des 30 jours suivant le congé de l'hôpital. Au-delà de 30 jours, les hommes ont tendance à attendre plus longtemps avant de voir un médecin.
 - Les habitants des quartiers à revenu élevé et ceux qui vivent en milieu urbain ont davantage tendance à avoir une visite de suivi après leur congé de l'hôpital que ceux des quartiers à faible revenu vivant en milieu rural (**Figure 6**). Les différences les plus marquées, cependant, se retrouvent entre les RLIS, où les taux varient entre 50 pour cent et 72 pour cent.
- **Visites aux urgences pour cause de dépression (qui ne donnent pas lieu à la réadmission) après un séjour à l'hôpital pour dépression**
 - Les femmes et les hommes ont également tendance à se présenter aux urgences dans les 30 jours suivant leur congé (17 pour cent et 18 pour cent respectivement) suite à un séjour à l'hôpital pour cause de dépression.
 - Les hommes des quartiers à faible revenu ont davantage tendance que les hommes des quartiers à revenu élevé à se présenter aux urgences dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital après un séjour pour cause de dépression (**Figure 7**).
 - Les hommes des milieux ruraux ont plus tendance que les hommes des milieux urbains à se présenter aux urgences dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital après un séjour pour cause de dépression.
 - Il y a des disparités selon le sexe dans les groupes d'âge; les femmes les plus jeunes présentent un taux plus élevé de visites aux urgences que les hommes du même âge, mais les hommes entre 45 et 64 ans présentent un taux d'utilisation des services plus élevé que les femmes dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital après un séjour pour cause de dépression.

- La plus grande différence dans le pourcentage des femmes et des hommes qui se présentent aux urgences dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital après un séjour pour cause de dépression se retrouve parmi les RLISS. Le taux le plus élevé, de 21 pour cent, représente presque le double du taux le plus faible (11 pour cent).
- **Réadmission à l'hôpital pour cause de dépression**
 - Les hommes et les femmes ont une tendance égale à être réadmis à l'hôpital pour cause de dépression dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital (7,6 pour cent pour chaque sexe).
 - Il y a peu de différences dans les taux de réadmission dans les 30 jours parmi les groupes d'âge, le revenu du quartier et le milieu rural ou urbain.
 - Il y a des différences entre les RLISS, cependant, où les taux de réadmission dans les 30 jours vont de 2,9 pour cent à 11,9 pour cent (**Figure 8**).

Tableau 1: Sommaire des mesures générales et indicateurs de traitement de la dépression

Indicateur	Résultat général	Facteur de stratification			
		Sexe	Âge	Revenu	RLISS
Renseignements généraux : Besoin, utilisation et prestation de services médicaux (8 mesures)					
Prévalence de dépression probable	7,4 %	O	O	O	O
Santé et état fonctionnel					
Santé auto-évaluée bonne/mauvaise	29 %	N	O	N	N
Pas d'autre affection chronique	33 %	N	O*	N	N
Nombre de jours « sans rester au lit »	13 jours	N	O	N	N
Nombre de jours sans réduction des activités	12 jours	N	N	N	N
Taux d'hospitalisation pour dépression	108 [#]	O	O	O	O
Utilisateurs des services de santé mentale de base couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario [^]	15 %	O	O	N	O
Coût des services de santé mentale couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario par personne [^]	33 \$ par tête	O	O	O	O
Utilisation d'électrochocs	15 [#]	O	O	N	O
Nombre de généralistes/médecins de famille et psychiatres	19 - 105 [#]	\$	\$	\$	O
Nombre de lits de soins actifs en hôpital psychiatrique	51 [#]	\$	\$	\$	O
Soins primaires et spécialisés dispensés en consultation externe (3 indicateurs)					
Visite chez le médecin pour cause de dépression	40 %	N	O	N	N
Trois visites chez le médecin dans les 12 semaines suivant le début du traitement	9,6 %	N	O	O	O
Visite chez le médecin pour cause de dépression dans l'année suivant l'accouchement	20 %	\$	O	N	O
Soins actifs et spécialisés dispensés aux patients hospitalisés (4 indicateurs)					
Visite chez le médecin dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital	63 %	O	N	O	O
Délai entre sortie de l'hôpital et 1 ^{re} visite chez le médecin	39 jours	O	O	O	O
Taux de visite aux urgences dans les 30 jours suivant le congé de l'hôpital	17 %	N	O	O	O
Réadmission dans les 30 jours pour dépression	7,6 %	N	N	N	O

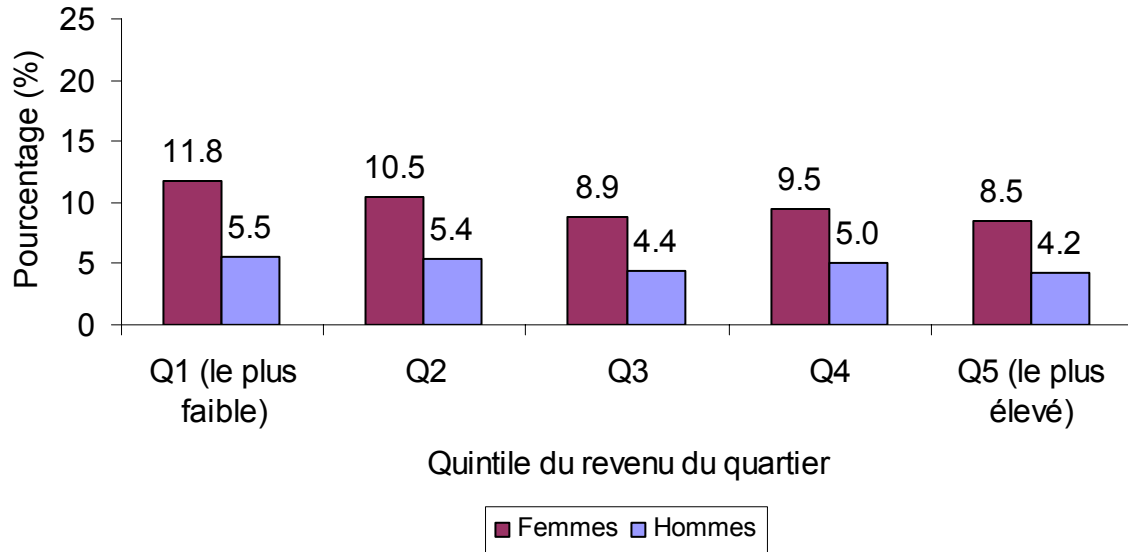
[#] par 100 000 personnes

\$ sans objet

* Fondé sur des valeurs qui devraient être interprétées avec prudence

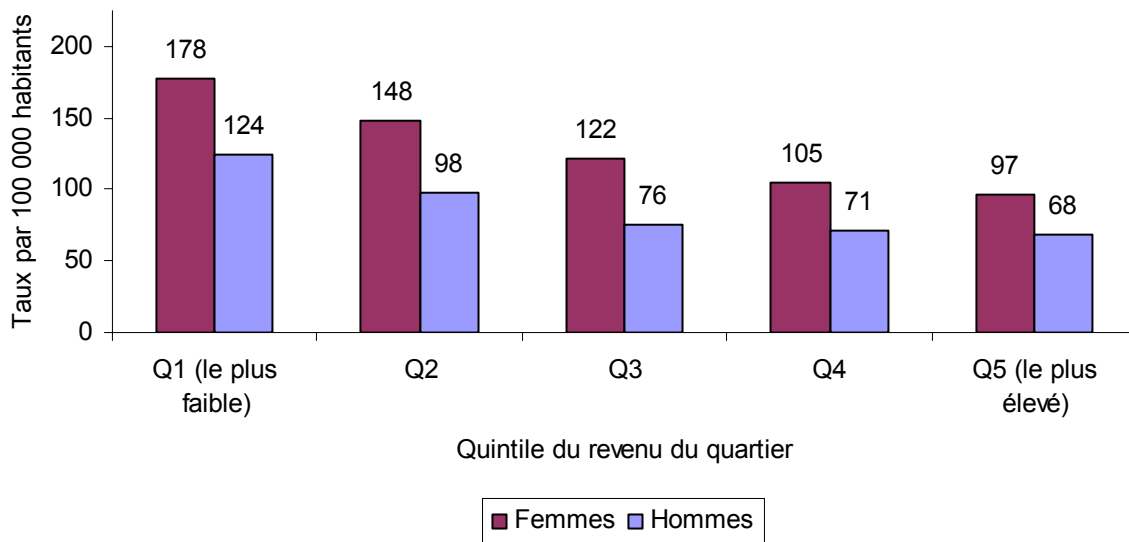
[^] Les intervalles de confiance pour les valeurs sont extrêmement faibles

Figure 5A.1 | Incidence normalisée selon l'âge de la dépression probable chez les Ontariennes et les Ontariens âgés de 15 ans et plus, par sexe et par quintile du revenu du quartier, 2001



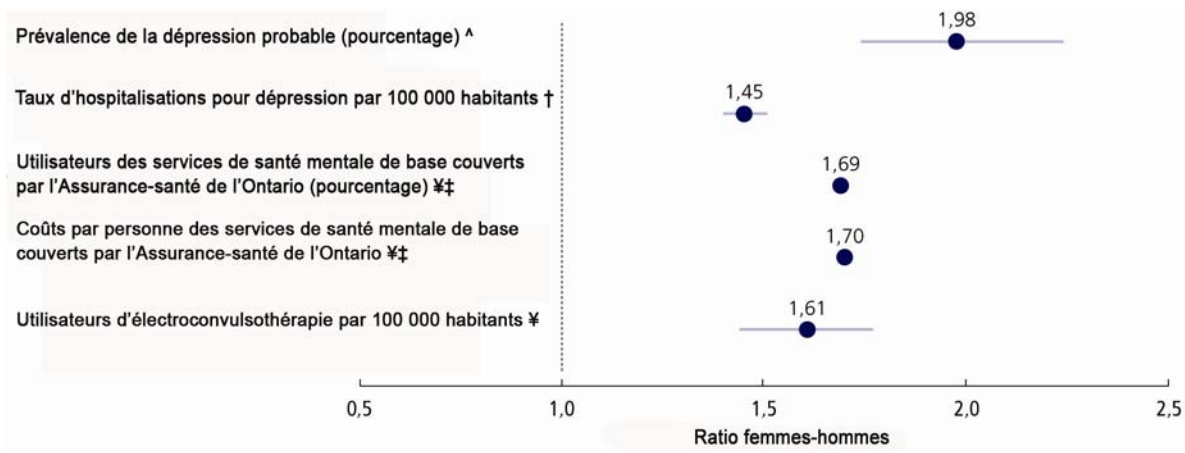
Source des données: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1.1; Recensement de 2001 de Statistique Canada

Figure 5A.4 | Taux normalisé selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour cause de dépression parmi les Ontariennes et les Ontariens âgés de 15 ans et plus, par sexe et par quintile du revenu du quartier, 2005-2006[^]



Sources des données: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; Recensement de 2001 de Statistique Canada, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)
[^] Personnes qui sont sorties de l'hôpital entre le 1^{er} mars 2005 et le 28 février 2006

Figure 5A.8 | Résumé des différences entre les sexes (ratios femmes-hommes et intervalles de confiance de 95 %) dans les mesures générales du besoin et de l'utilisation des ressources de traitement de la dépression en Ontario



Sources des données :

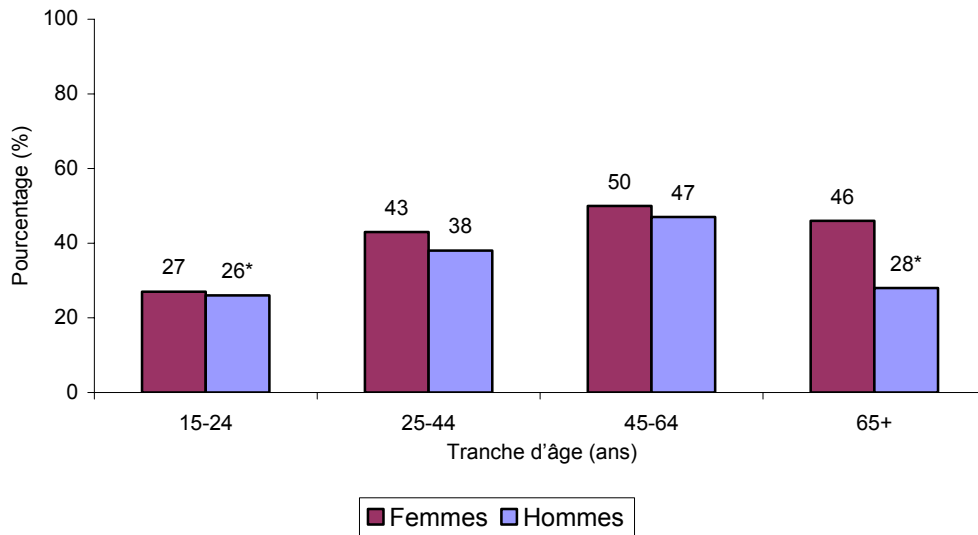
^ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1.1, 2001

† Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé, 1^{er} mars 2005 au 28 février 2006; Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

¥ Assurance-santé de l'Ontario (OHIP), 1^{er} mars 2005 au 28 février 2006, BDPI

‡ Intervalles de confiance extrêmement étroits

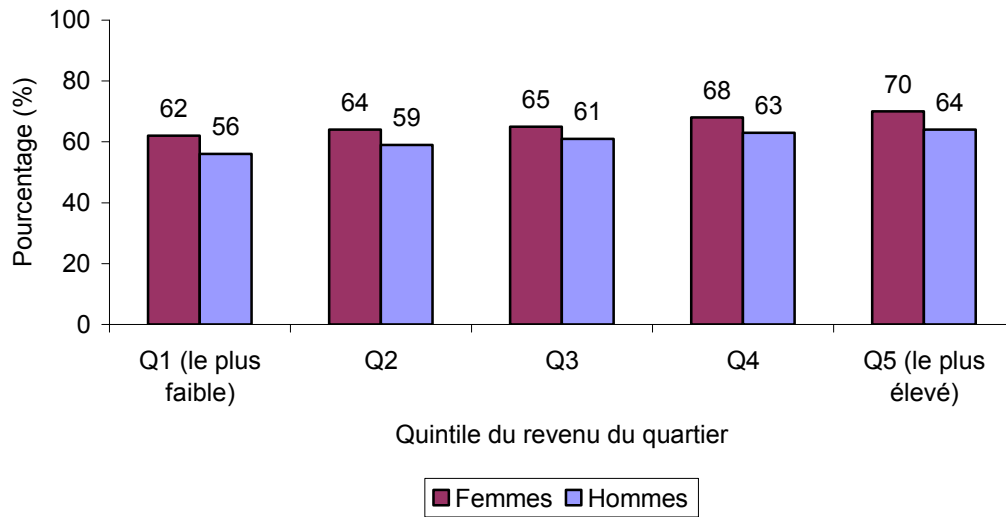
Figure 5B.2 | Pourcentage d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 15 ans et plus présentant une dépression probable qui ont consulté un médecin pour cause de dépression, par sexe et par groupe d'âge, 2001



Sources des données: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 1.1; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP)

* Interpréter avec prudence en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage

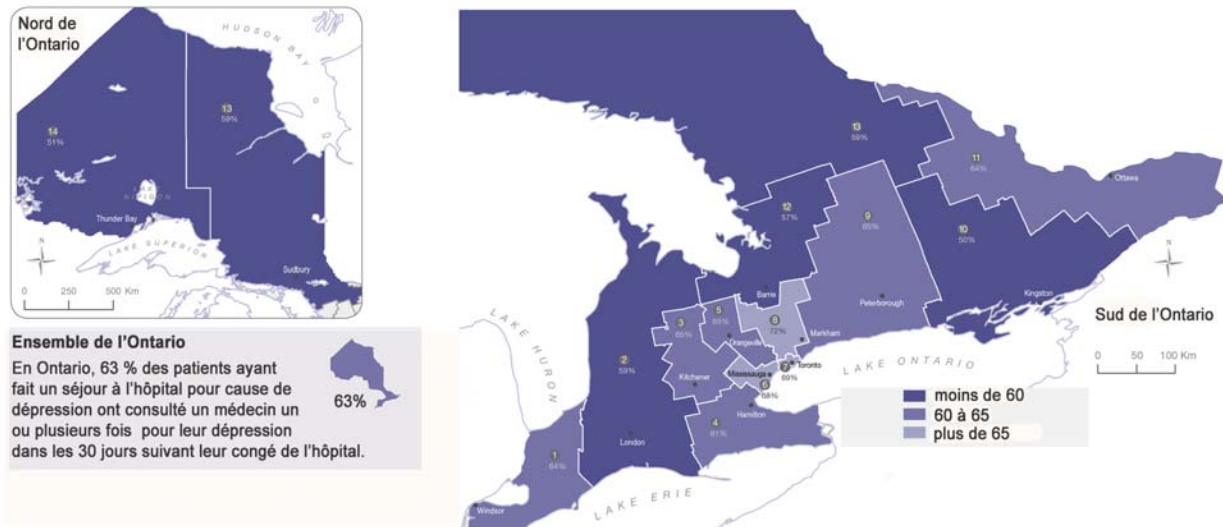
Figure 5C.1 | Pourcentage normalisé selon l'âge des patients âgés de 15 ans et plus admis à l'hôpital pour cause de dépression qui ont consulté un médecin pour leur dépression dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital, par sexe et par quintile du revenu du quartier, en Ontario, 2005-2006[^]



Sources des données: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP); Recensement de 2001 de Statistique Canada

[^] Personnes sorties de l'hôpital entre le 1^{er} mars 2005 et le 28 février 2006

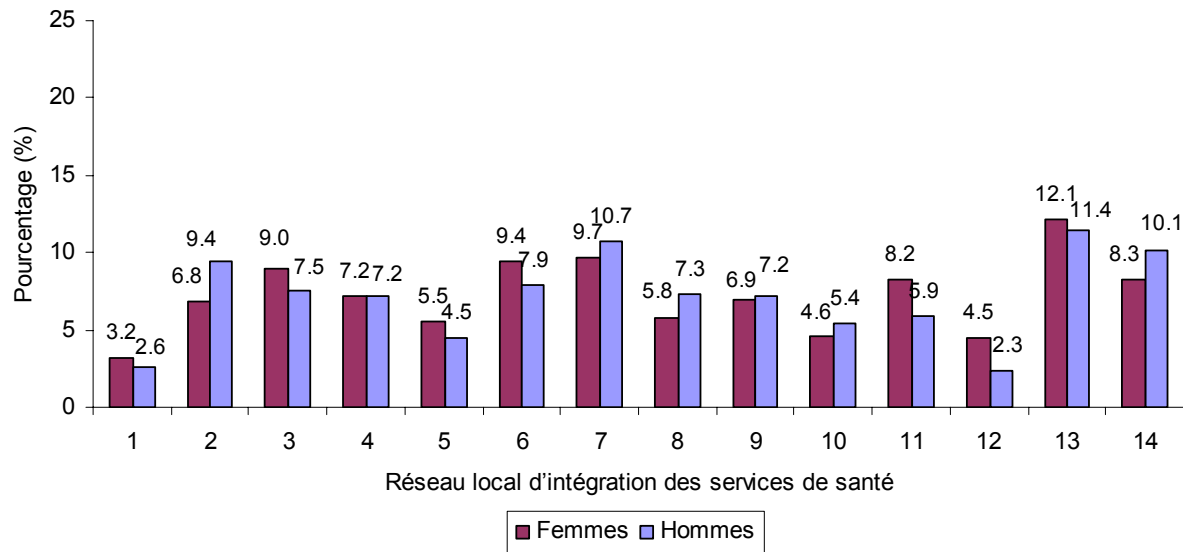
Figure 5C.3 | Pourcentage de patients âgés de 15 ans et plus admis à l'hôpital pour cause de dépression qui ont consulté un médecin pour leur dépression dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital, par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario, 2005-2006[^]



Sources des données: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé; Assurance-santé de l'Ontario (OHIP).

[^] Personnes sorties de l'hôpital entre le 1^{er} mars 2005 et le 28 février 2006

Figure 5C.14 | Taux (pourcentage) de réadmission dans les 30 jours pour cause de dépression, normalisé selon l'âge, parmi les patients admis à l'hôpital pour cause de dépression, par sexe et par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS), en Ontario, 2005-2006[^]



LHIN

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. Érié St. Clair | 8. Centre |
| 2. Sud-Ouest | 9. Centre-Est |
| 3. Waterloo Wellington | 10. Sud-Est |
| 4. Hamilton Niagara Haldimand Brant | 11. Champlain |
| 5. Centre-Ouest | 12. Simcoe-Nord Muskoka |
| 6. Mississauga Halton | 13. Nord-Est |
| 7. Toronto-Centre | 14. Nord-Ouest |

Source des données: Base de données sur les congés des patients de l'Institut canadien d'information sur la santé

[^] Personnes sorties de l'hôpital entre le 1^{er} mars 2005 et le 28 février 2006